

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

- THÈSE -

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 novembre, à 1 heure.

Par le Docteur Marcel NEVEU

PROCIDENCE DU CORDON
et OPÉRATION CÉSARIENNE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS, SEGOND, professeurs ;
 COUVELAIRE, agrégé.*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

(Près de la Faculté de Médecine et de l'Odéon)

Anciennement 44 et 43, Rue de l'Ecole de Médecine

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHT
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PIERREDELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Je dédie ces quelques pages.

Nous conservons le souvenir ému de la tendresse avec laquelle elle nous a sans cesse dirigé et soutenu aux heures difficiles, et, en témoignage de notre reconnaissance, nous avons voulu écrire son nom à la première page de ce modeste travail.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MON AMI STERN

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO

ACCOCHEUR DES HOPITAUX

A MES AMIS

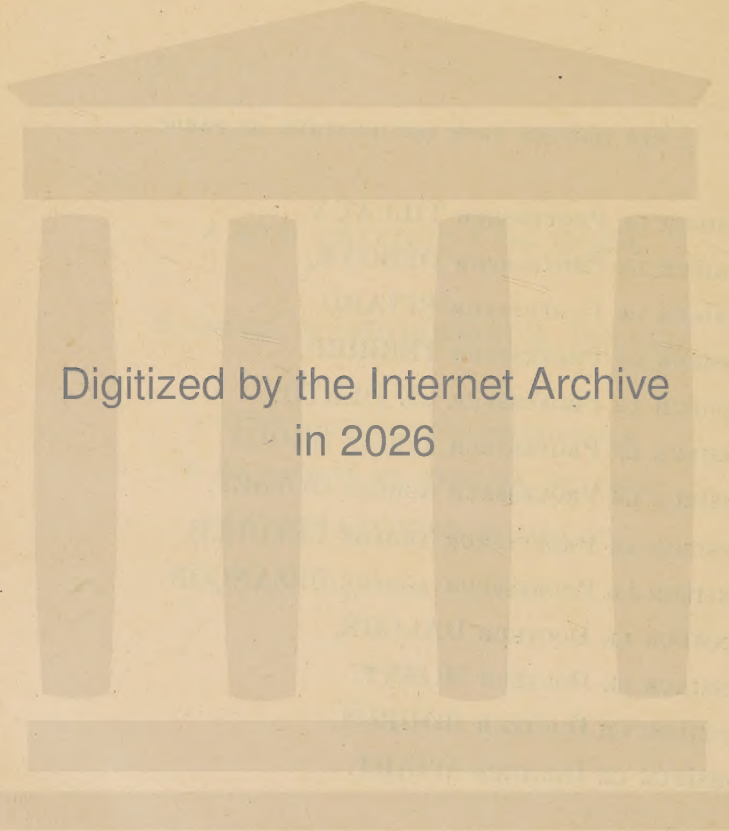
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCA,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LETULLE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEZANÇON,
MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ,
MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY,
MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY,
MONSIEUR LE DOCTEUR WIART.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROCIDENCE du CORDON et OPÉRATION CÉSARIENNE



AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, qui marque le terme de nos études médicales, nous tenons à remercier les Maîtres qui nous ont prodigué leurs leçons et nous ont donné quelque marque de bienveillance au cours de notre vie d'étudiant.

Nos remerciements doivent s'adresser d'abord à nos premiers maîtres, qui ont su nous rendre attrayantes, dès le début, les différentes branches de la science médicale. Nous sommes resté trop peu de temps, à notre gré, dans le service du regretté Professeur Tillaux, à la mémoire duquel nous tenons à rendre hommage.

C'est pour nous un devoir doux à remplir, que de remercier nos maîtres de l'Université de Paris, qui nous ont prodigué leurs leçons, nous ont fait bénéficier de leur expérience et auprès de qui nous avons toujours trouvé un excellent accueil.

A la mémoire du Professeur Terrier, nous offrons nos hommages émus et respectueux.

Nous exprimons aussi, du fond du cœur, toute notre reconnaissance à Monsieur le Professeur Le Dentu et surtout à Monsieur le Docteur Dalché, qui s'est toujours montré pour nous un maître indulgent, affectueux et bon, et qui, dans les circonstances douloureuses que nous avons traversées, a bien voulu nous prouver toute sa sympathie.

Nous craindrions de blesser la modestie du Docteur Bourcy, si nous disions tout le bien que nous pensons de lui. Il y a tout à imiter, dans ce maître si bon, si aimé par ses malades, si bienveillant pour ses élèves qui, tous, ont pour lui un vif sentiment de respectueuse affection.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le Professeur agrégé Broca, et à M. le Docteur Mosny, de nous avoir accueilli si cordialement dans leur service et de nous avoir fait profiter d'un enseignement aussi instructif que pratique.

Monsieur le Docteur Funck-Brentano, accoucheur des Hôpitaux de Paris, voudra bien nous permettre de le remercier sincèrement de nous avoir indiqué le sujet de notre thèse et de nous avoir aidé à son élaboration.

Nous n'oublierons pas l'enseignement magistral de M. le Professeur Pinard, qui laisse à tous ses élèves un impérissable souvenir; car, à côté du maître incontesté, ils ont toujours trouvé un ami et un père, qui ne comptait ni avec le temps ni avec la peine pour les éclairer de ses conseils. Qu'il veuille bien nous permettre de le remercier profondément du grand hon-

neur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Enfin, que notre excellent ami Stern, interne des Hôpitaux, veuille bien nous permettre de citer son nom après celui de nos maîtres. Pendant nos années d'études, nous eûmes souvent recours aux conseils éclairés dont il se montra toujours prodigue et à son dévouement qui ne se démentit jamais. Nous ne pourrions mieux acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui qu'en le priant de recevoir l'hommage de notre présent travail.

« Je crois qu'à l'heure actuelle, les indications de l'opération césarienne s'étendent et que l'on pourra ainsi sauver un plus grand nombre de femmes et d'enfants. »

(PINARD, séance de la Société d'obstétrique, 10 juin 1907.)

INTRODUCTION

La procidence du cordon est un des chapitres les plus importants de la dystocie d'origine ovulaire; aussi ce point a-t-il sollicité de tout temps l'attention et la sagacité des accoucheurs.

On conçoit que la présentation d'une anse de cordon précédant la présentation fœtale, l'expulsion consécutive d'un enfant mort ou tout au moins difficile à ranimer, les modifications de consistance et de couleur du liquide amniotique, à une époque où l'on ne connaissait pas encore l'auscultation fœtale, tous ces signes ne pouvaient passer inaperçus aux yeux d'observateurs tels que Baudelocque, Mauriceau, M^{me} La-chapelle et bien d'autres.

Pourtant, en 1833, Michœlis écrivait dans les *Abhandlungen aus dem Gebiete der Geburtshülfe*: « S'il est dans l'art des accouchements un chapitre qui n'ait été traité avec succès par personne, c'est assurément celui de la procidence du cordon; nous attendons

encore la théorie d'un manuel opératoire applicable à la chute du cordon. »

Nous ne devons donc point nous étonner de voir, dans l'histoire de l'Obstétrique, le grand nombre de procédés, d'instruments variés, imaginés pour venir à bout de cette grave complication qui occasionne si souvent la mort du fœtus.

Dans cette courte étude sur les procidences du cordon, nous dirons d'abord quelques mots de l'étiologie et de la gravité de cette anomalie; puis, sans faire l'historique des divers instruments qui ont été proposés pour la rétropulsion du cordon et sans trop insister sur la rétropulsion manuelle, employée jadis par tant d'accoucheurs, mais d'une façon incertaine, et remise en honneur par les maîtres de l'Obstétrique, entre autres par M. le Professeur Pinard, qui l'a appliquée et fait appliquer dans son service modèle de la clinique Baudelocque, nous envisagerons un procédé différent, l'opération césarienne qui, imaginée en 1550 par Jacques Nuffer, a été depuis bien souvent employée dans de nombreux cas de dystocie. Depuis quelques années, plusieurs accoucheurs ont eu recours à ce procédé, dans certains cas de procidence du cordon, et c'est ce nouveau mode d'intervention que nous nous proposons d'envisager dans cette courte étude, faisant nôtres les paroles de notre savant maître: « A l'heure actuelle, les indications de l'opération césarienne s'étendent et l'on pourra ainsi sauver un plus grand nombre de femmes et d'enfants. »

ÉTIOLOGIE

M^{me} Lachapelle donnait de la procidence cette définition :

« La procidence est la chute intempestive d'une partie quelconque du fœtus qui, vu sa ténuité ou sa mobilité, ne peut constituer par elle-même une position (nous disons maintenant présentation) particulière et qui, au contraire, accompagne ordinairement la présentation d'une région plus ou moins étendue. »

Nous retiendrons plutôt la définition du professeur Pinard :

« La procidence est la chute intempestive d'une petite partie fœtale qui, n'appartenant pas à la présentation, précède ou accompagne celle-ci, lorsqu'elle tend à s'engager ou s'engage dans la filière pelvi-génitale. »

Les auteurs font dépendre cette complication de l'accouchement d'un assez grand nombre de causes (1) : l'abondance des eaux, la présentation de l'enfant en « posture contre nature », suivant l'expression de Mauriceau dans son traité des *Maladies des femmes*

(1) Gallot. Thèse de Paris, 1905.

grosses, l'exiguité de volume du fœtus; une obliquité quelconque de la tête et de la totalité, l'étroitesse du bassin, la longueur exagérée du cordon, la procidence d'un membre, la multiparité, la gémellité, l'insertion vicieuse du placenta, etc., etc.

Les anciens auteurs ne distinguaient pas entre toutes ces causes, et, à côté d'elles, ils plaçaient leurs effets. Aussi admettons-nous, avec M. Pinard, que toutes ces causes se résument en une seule : *le défaut d'accommodation pelvienne pendant le travail*. C'est, du reste, ce que Varnier nous a fort bien exposé dans son article sur les procidences (*Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, novembre 1900) : « Lorsqu'on fait après congélation, dit-il, une coupe médiane antéro-postérieure d'une parturiente morte au début du travail, on trouve, en cas d'accommodation pelvienne, la tête exactement recouverte comme d'une étroite calotte, et sans interposition de la moindre couche liquide au niveau de sa grande circonférence, par la paroi du segment inférieur doublée des membranes. Le segment inférieur paraît lui-même comme maçonné, sans possibilité d'expansion latérale, dans les parties molles de l'excavation tassées contre les parois osseuses. Le liquide amniotique est rassemblé avec les petites parties entre la paroi du corps utérin et le plan ventral du fœtus, et, s'il en passe quelques gouttes pour former la poche des eaux, plate ou à peu près dans ces conditions d'accommodation parfaite, ce n'est que par une filtration lente et difficile.

« On comprend qu'il n'en aille plus de même en l'ab-

sence d'engagement. Les causes qui font, dans ces cas, la poche des eaux volumineuse ou en boudin, en y permettant le passage abondant et facile du liquide amniotique, vont rendre possible le glissement du cordon ou des membres au-dessous de la grande circonférence céphalique ou pelvienne, qui n'enserme plus la paroi utérine, libre, cette fois, d'expansion dans le grand bassin. »

Ce qui domine, dans toutes les statistiques, ce sont ces deux points : *rétrécissement du bassin, insertion du placenta sur le segment inférieur*. Ce dernier point, en particulier, les auteurs l'ont certainement bien mis en lumière, mais ils n'ont pas suffisamment insisté sur cette cause classique et banale du retard d'accommodation pelvienne (1).

Si l'insertion vicieuse du placenta est, en effet, cause de procidence, c'est que le placenta, lorsqu'il s'insère sur le segment inférieur, rapproche de l'orifice utérin le cordon auquel il donne attache.

De plus, comme l'ont démontré les leçons du professeur Pinard, la principale cause de la rupture précoce ou prématurée des membranes, c'est l'insertion basse du placenta. Or, dans le cas de non-accommodation pelvienne, « le flot de l'eau entraîne avec la plus grande facilité le cordon ombilical, dans les cas même où rien n'en aurait auparavant annoncé la présence au-dessous de la tête ou du siège. »

Il faut savoir que, lorsque le placenta est inséré bas, sur le segment inférieur, la procidence du cordon va-

(1) Gallot. Thèse de Paris, 1905.

rie de gravité suivant le point d'insertion du funicule sur le placenta. La procidence offre un pronostic beaucoup plus bénin si le cordon s'insère au bord supérieur du placenta ou dans son voisinage.

Dans le cas d'insertion partielle du placenta sur le segment inférieur, nous dit Gallot, qui résume les idées de M. Pinard, l'insertion du cordon à la partie supérieure du placenta se fait alors en dehors de la zone dangereuse, et les dangers de procidence ne sont guère plus grands qu'avec une insertion du bord inférieur d'un placenta inséré entièrement en dehors de ce segment inférieur.

Si l'insertion de la tige funiculaire se fait au voisinage du bord inférieur d'un placenta bas (variété marginale), les dangers de la procidence sont plus grands, car le cordon est inséré en un point du segment inférieur.

Mais si le cordon s'insère sur le bord inférieur du placenta marginal, la procidence est fatale, l'insertion du cordon étant au bord même de l'orifice utérin. C'est bien là l'insertion vicieuse du cordon du professeur Pinard et c'est dans ce cas surtout que nous devons reconnaître notre impuissance, grâce aux méthodes habituelles. Nous verrons ce que, dans ce cas, pourra nous donner la section césarienne.

De même, lorsque l'utérus manque de tonicité, la procidence du cordon est possible; c'est dire qu'elle est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, d'autant, comme nous le disent Ribemont-Dessaignes et Lepage, que « la tête reste élevée jus-

que dans les derniers temps de la grossesse et que l'engagement peut même ne se faire qu'au moment du travail. »

Les déviations utérines agissent aussi, car elles prédisposent aux présentations vicieuses.

L'hydropisie de l'amnios a un double rôle étiologique dans la procidence du cordon, car elle empêche l'accommodation du fœtus et peut permettre, au moment de la rupture des membranes, la chute du cordon par suite de la rapidité de l'écoulement du liquide.

A côté de ces différentes causes, citons la longueur exagérée du cordon, sa ténuité ou, au contraire, son excès de volume qui peut, comme dans le cas de Mauriceau, atteindre le volume du bras.

Dans le cas de petitesse du fœtus, le cordon peut s'insinuer entre la présentation et la paroi utérine, et de là faire procidence dans le vagin. C'est ce qui fait que, dans la grossesse gémellaire, la procidence de la tige funiculaire se voit avec plus de fréquence, chacun des deux fœtus ayant une dimension inférieure à la normale et ne s'accommodant qu'imparfaitement.

Citons encore les présentations vicieuses comme une des causes de la procidence du cordon; ces présentations ne jouissent pas, en effet, du même avantage que la tête, qui, de par sa conformation sphérique, fait l'office de bouchon hermétique.

Enfin, il peut se produire une procidence du cordon lorsque, comme nous le dit Depaul, l'accoucheur fait des tentatives maladroites de version ou provoque l'accouchement.

SYMPTOMES

Nous pouvons maintenant examiner quels sont les symptômes de la procidence du cordon.

Le diagnostic de la procidence du cordon est évidemment facile à faire quand celui-ci est dans le vagin; mais, ce symptôme étant constaté, il faut se demander immédiatement si l'enfant est mort ou vivant.

Pour cela, il sera nécessaire de saisir le cordon entre deux doigts; on en recherchera alors les battements. Mais, ce qu'il ne faudra pas oublier, c'est que la constatation de disparition de battements de la tige funiculaire pendant quelques instants ne suffit pas pour que l'on puisse porter le diagnostic de mort de l'enfant. Dans ces cas, il faudra ausculter, et ausculter attentivement, pour se faire une conviction absolue.

Plus difficile est le diagnostic de procidence du cordon lorsque la poche des eaux n'est pas encore rompue. On perçoit la tige funiculaire sous la forme d'un cordon souple, arrondi, mobile. Ce cordon est le siège de battements rapides et non synchrones au pouls de la mère. Ce signe permet de distinguer les pulsations fœtales des pulsations vaginales (pouls vaginal d'Oslander).

Très importante est, en particulier, la recherche de la présence du cordon dans la poche des eaux, lorsque déjà un membre fait procidence.

Il y aura une difficulté — ce sera la seule, mais elle sera grande — qui consistera à distinguer les battements du cordon de ceux qui sont transmis à la poche des eaux par les vaisseaux épanouis de la tige funiculaire dans le cas d'insertion vélamenteuse.

Enfin, lorsqu'il y aura procubitus, on pourra sentir le cordon sur les parties latérales de la tête; lorsque, pour tenter une application de forceps, on introduira largement la main dans les voies génitales, grâce à cette exploration qui devra, sans exception, être toujours faite, il sera possible de refouler le cordon et de cette façon on évitera de le saisir en même temps que la tête entre les cuillers du forceps.

Les procidences du cordon offrent un intérêt diagnostique de premier ordre, car, en présence de cette complication, il faut intervenir immédiatement. Lorsque, en effet, l'accoucheur emploie la méthode expectative et qu'il laisse l'accouchement abandonné à lui-même, la mort du fœtus est souvent fatale.

Dans ces procidences du cordon, quel est le mécanisme de la mort de l'enfant? Beaucoup d'opinions et de théories différentes ont été formulées à ce sujet.

Smellie, Guillemot, Velpeau accusent le refroidissement du cordon.

Cette théorie, déjà ancienne, est, en réalité, complètement abandonnée. On lui préfère actuellement celle qui fait intervenir la compression de la tige funiculaire

par la présentation. De quelle façon agit cette compression?

Certains accoucheurs, entre autres Adolph, Faust, Fréteaux, Capuron, pensent que la mort de l'enfant est causée par l'apoplexie du cerveau et du poumon : la veine serait plus facilement comprimée parce que son calibre est plus considérable que celui des artères ; le sang continue donc à arriver aux organes, il afflue et ne peut retourner au placenta : de là, de la stase vasculaire et de la congestion dans les divers organes, en particulier, dans le cerveau et les poumons.

D'autres auteurs, Mittelhäuser, Siébold, Wigand, Deneux, pensent, au contraire, que les artères sont seules comprimées et que c'est l'anémie ou la syncope qui sont les causes de la mort.

Pour Tarnier, les divers organes de la tige funiculaire seraient comprimés en masse, et le fœtus mourrait par asphyxie, parce que la circulation sanguine serait entravée. Il est habituel, en effet, de voir la face de l'enfant violacée plutôt que pâle et décolorée ; les cavités du cœur sont gorgées de sang noir ; le cœur, le poumon et le foie sont le siège d'une congestion intense.

PRONOSTIC

Les dangers de la procidence du cordon ne seront pas, de notre part, l'objet d'une longue étude. Nous rappellerons seulement que, si cette complication est d'un pronostic bénin pour la femme à qui l'on fait subir une intervention avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires, il n'en va pas de même pour l'enfant, dont elle compromet sérieusement l'existence.

Il est impossible, quoi qu'en aient dit certains auteurs, de se faire une idée exacte de l'état de vitalité du fœtus, par le simple examen du cordon procident. En dépit de la compression de la tige funiculaire, l'enfant peut continuer à vivre pendant un certain laps de temps, et l'absence de battements dans le cordon ne doit pas faire conclure à la mort du fœtus. L'auscultation du cœur fœtal, et elle seule, nous donnera des indications justes.

Les diverses statistiques, que nous empruntons à la thèse de Gallot, nous donnent une mortalité considérable pour le fœtus. Dans ses relevés, Clarke accuse 49 morts sur 66 cas, soit une mortalité de 74 0/0. La statistique de Collins donne 73 morts sur 97 cas; mortalité 75 0/0. Celle de Churchill: 220 morts sur 355 procidences, soit 61 0/0. Sextorpli donne 195 morts

pour 356 cas, soit 55 0/0. Michaelis relève 27 cas de procidence accompagnant une présentation de la tête ou du siège, avec 20 morts, donc 75 0/0 de mortalité. Tarnier, à la Maternité, publie 10 morts sur 29 cas, et, malgré les nombreux progrès accomplis par la Science obstétricale, la mortalité est encore de 34 0/0. Avec Varnier, nous arrivons avec 7 morts sur 29 cas, soit 25 0/0.

Dans la statistique de Gibory, nous trouvons 24 morts sur 74 cas, soit 32 0/0; dans celle de Perrossier, 34 morts sur 93 cas, soit 36 0/0.

Enfin, la statistique personnelle de Gallot donne 65 cas de procidence avec 32 morts. Mais, dans 9 cas, l'enfant était mort au moment de l'arrivée de la femme dans le service, ce qui fait donc 23 cas de mort, soit une mortalité de 35 0/0, pour les enfants encore vivants à l'arrivée à la clinique Baudelocque.

La gravité du pronostic est, en effet, d'autant plus grande que la procidence a lieu à un moment plus rapproché du début du travail, et que les membranes se rompent vite.

Cela ne veut pas dire que l'enfant dont le cordon est procident ne souffre pas, alors que la poche des eaux n'est pas encore rompue. S'il est vrai que dans certains cas la compression est minime ou même nulle, il faut, en revanche, se souvenir que, bien souvent, lorsque les membranes se rompent, nous voyons le liquide amniotique coloré en vert, modification qui peut s'accompagner d'un trouble profond du rythme cardiaque. C'est ce qui faisait dire à Cazeaux: « Nous sommes

portés à penser que, même avant l'écoulement du liquide amniotique, la simple pression de la tête sur le cordon peut être assez considérable pour interrompre la circulation fœto-placentaire. »

N'oublions pas, avant tout, que notre devoir est d'intervenir rapidement, car, quelle que soit la présentation, la procidence sera d'autant plus grave qu'elle aura duré plus longtemps.

Le pronostic de la procidence du cordon au cours du travail est évidemment plus grave dans le cas de viciations pelviennes; verrons-nous là une indication opératoire?

De plus, puisque les méthodes thérapeutiques usuelles, destinées à combattre la procidence du cordon, n'enrayent que d'une façon très imparfaite les accidents qui en découlent, est-il logique que les accoucheurs, désireux de sauver le plus grand nombre d'enfants possible, s'adressent à la section césarienne?

Cette opération est-elle réellement supérieure aux autres interventions? Doit-on la conseiller et peut-on la pratiquer toujours et partout? C'est ce que nous allons examiner, en prenant pour cela, comme base de discussion, la statistique de la clinique Baudelocque.

INDICATIONS

Couvellaire (1) (et c'est à lui que nous empruntons les chiffres qui vont suivre), a fait le relevé des cas de procidence du cordon accompagnant une présentation céphalique dans les bassins viciés, observés de 1893 à 1904.

« Il a, dit-il, choisi cette période, parce qu'elle correspond à une constante préoccupation du professeur Pinard et de ses collaborateurs, de sauvegarder au maximum la vitalité de l'enfant au cours de l'accouchement et parce que le légitime désir de réduire la mortalité fœtale s'est déjà partiellement réalisé, grâce à la symphyséotomie pratiquée dans des conditions déterminées. »

La mortalité fœtale a été de 3 sur 7 chez les primipares; 10 sur 24 chez les multipares.

Cette mortalité fœtale de 42 0/0 doit être analysée.

Dans 5 cas, le fœtus était mort avant l'entrée à la clinique.

Une fois, le fœtus est mort dans l'œuf intact; alors que la dilatation n'était que de 1 franc, on n'entendait déjà plus les bruits du cœur fœtal.

Quatre fois, des tentatives d'application de forceps

(1) Couvellaire. Procidence du cordon et viciations pelviennes. Indications de l'opération césarienne in Comptes Rendus de la Soc. d'obst., de Gynec. et de Pædiat. Janv. 1909

avaient été faites sans résultat, avant l'entrée à la clinique.

Restent donc 26 observations utilisables avec une mortalité fœtale de 8, soit de 30,7 0/0.

La conduite tenue a été la suivante:

a) 1 fois, *Ballon de Champetier de Ribes et version par manœuvres internes*: enfant vivant. IV pare; Psp. 11 centimètres, enfant de 2.500 grammes;

b) 2 fois, *Version par manœuvres internes*, dans les conditions dites idéales (dilatation complète au moment de la rupture des membranes et de la procidence); 2 enfants vivants. I pare; Psp. 11 centimètres; enfant de 3.730 grammes; — II pare; Psp. 10,5; enfant de 2.920 grammes, fracture de l'humérus;

c) 23 fois, *Rétropulsion manuelle*.

a. Dix-sept fois, la rétropulsion manuelle a pu être exécutée avec succès; quatorze fois, l'accouchement s'est terminé spontanément. 11 enfants sont nés vivants; 3 sont morts au cours du travail, avant la dilatation complète.

Parité	Bassins	Enfants	
I	Psp. 9,2.....	2.710 grammes;	enfants vivants : 11.
I	Psp. 10,5.....	3.300	—
III	Psp. 10,.....	4.080	—
III	Psp. 10,3.....	3.800	—
IX	P. accessible.....	3 210	—
II	P. accessible.....	3.510	—
II	Psp. 9,9.....	2.880	—
VII	Psp. 10,6.....	2.100	—
IV	Psp. 9,4.....	2.950	—
II	Psp. 10,8.....	2.980	—
II	Psp. 10,3 (symphyséotomie antérieure)	3.250	—
I	Psp. accessible.....	3.480	—
II	Psp. accessible.....	3.230	—
III	Psp. 10,7.....	3.210	—
			enfants morts : 3.

Trois fois la tête fœtale ne s'est pas engagée et, à la dilatation complète, la *symphyséotomie* a été pratiquée : 3 enfants vivants.

I pare : Psp. 9,7 ; enfant de 4.450 grammes ;

II pare cypho-scoliose, Psp. 8,6 ; enfant de 2.500 gr. ;

IV pare, Psp. 9 ; enfant de 4.250 grammes.

b. Six fois la rétropulsion manuelle a échoué. Dans un cas, la dilatation étant complète, la *symphyséotomie* a pu être pratiquée sur l'heure : extraction d'un enfant vivant.

III pare. *Symphyséotomie* pour le deuxième accouchement. Psp. 10 ; enfant de 3.285 grammes.

Dans les cinq autres, la dilatation étant insuffisante, on a assisté à la mort du fœtus, qu'il a fallu dans 3 cas extraire après la *basiotripsie*.

I pare. P. accessible ; acc. spontané, enfant de 3.480 grammes ;

II pare. Psp. 9,9 ; acc. spontané, enfant de 2.335 grammes ;

I pare. Psp. 10,7. *Basiotripsie*, enfant de 2.250 grammes, + matière cérébrale.

V pare. Psp. 10,4. *Basiotripsie*, enfant de 2.590 grammes, + matière cérébrale.

III pare. Psp. 9,2. *Basiotripsie*, enfant de 2.875 grammes, + matière cérébrale.

Cette statistique prouve un premier fait : 5 fois sur 6, la mort du fœtus a été la conséquence de l'impossibilité où l'on s'est trouvé de soustraire efficacement le

cordons à la compression, en attendant que la dilatation soit assez avancée pour permettre l'extraction du fœtus par les voies naturelles, avec ou sans symphyséotomie.

Ce sont ces cas qui comportent et comporteront toujours le pronostic le plus sombre, car *l'irréductibilité de la procidence* s'accompagne presque toujours d'insertion vicieuse du cordon (Pinard) et la compression du cordon est fatale, quoi qu'on fasse, par les voies naturelles.

Mais ce que les pelvitomies sont incapables de donner avant la dilatation complète, on est en droit de l'attendre d'une section césarienne, et, dans les cas de *procidence irréductible*, il est rationnel, si toutefois les circonstances le permettent, d'y avoir recours.

C'est sur cette indication que Couvelaire a pratiqué avec succès, au début du travail, une opération césarienne conservatrice chez une primipare de 34 ans, à bassin légèrement rétréci (diamètre promonto-sous-pubien de 11 centimètres), dont on trouvera plus loin l'observation.

De l'étude de la statistique de la Clinique Baudelocque se dégage un second fait. Dans le cas de *procidence non-irréductible*, la simple réduction manuelle du cordon et l'accélération du travail à l'aide du ballon de Champetier de Ribes permettent d'attendre la dilatation complète. Cette conduite a été tenue dans 17 cas: 3 enfants sont morts; 14 sont sortis vivants de la clinique.

De ces 14 enfants, 11 ont été expulsés spontanément.

« Ce sont là, dit Couvelaire, des succès qu'il ne faut pas oublier, et toutes les fois que la disproportion entre le bassin et la tête fœtale est minime ou nulle, la sagesse est de s'en tenir à cette thérapeutique très prudente et très simple (réduction manuelle, ballon de Champétier de Ribes). »

Dans 3 cas, la dilatation étant complète, on a pratiqué la symphyséotomie, parce qu'il y avait disproportion entre la tête fœtale et le bassin maternel. Les 3 opérations ont été suivies de succès.

Mais, dans les cas où *la disproportion est manifeste*, où l'expulsion du fœtus par les voies naturelles est rendue impossible, soit par suite du volume de la tête, soit par suite de son orientation défectueuse, peut-être pourrait-on ne pas perdre de temps et attendre la dilatation complète lorsque l'enfant souffre, que sa vitalité est déjà atteinte — 3 sur 17 sont morts grâce à cette méthode d'expectative, — et recourir à une opération césarienne immédiate, plutôt qu'à une symphyséotomie tardive.

C'est le parti qu'a pris Couvelaire, dans le cas d'une femme rachitique dont l'observation figure plus loin (n° 2).

Couvelaire conclut de ses observations que :

1° Quelle que soit la disproportion entre la tête fœtale et le bassin maternel, l'irréductibilité du cordon procident constitue une indication de la section césarienne;

2° Lorsque la réduction de la procidence est possible et que l'on peut soustraire le cordon à la compres-

sion, les indications spéciales tirées de l'existence d'une compression funiculaire prolongée n'existent plus. Lorsqu'il y a disproportion entre la tête et le bassin, il paraît préférable actuellement d'avoir recours à la césarienne précoce qu'à une symphyséotomie tardive, tant pour la mère que pour l'enfant.

Mais, ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'il faut s'entourer de certaines garanties. Toute la thérapeutique des procidences du cordon est dominée par un facteur capital: c'est l'atteinte que la compression des vaisseaux funiculaires apporte à la vitalité du fœtus.

Or, l'opérateur doit se rappeler qu'il court le risque d'extraire un enfant mort ou tout au moins fort compromis, et que l'absolue bénignité opératoire et post-opératoire de la section césarienne n'est pas encore démontrée.

On pourra voir dans l'observation II, de Couvelaire, que le liquide amniotique n'avait pas perdu son caractère d'opalescence normale et n'était pas teinté de méconium, que l'auscultation ne révélait rien que de très normal; donc l'enfant n'avait pas souffert.

Dans l'observation I, du même auteur, une longue anse de cordon engainée d'une poche membraneuse flasque pendait à travers le col déhiscent. La palpation directe du cordon faisait sentir des battements irréguliers, le doigt explorateur était tapissé de glaires verdâtres à la sortie du vagin, — et lorsque, en effet, on eut extrait l'enfant 15 minutes après, on vit que celui-ci avait rendu son méconium --; mais, à l'auscultation des bruits du cœur, on ne trouvait aucune mo-

dification du rythme fœtal. Et cette constatation décida en faveur de la section césarienne immédiate.

Le devoir de l'accoucheur, dans ces cas de procidence irréductible, est, en effet, d'intervenir sans le moindre délai, car s'il est nécessaire, pour que la césarienne soit, en conscience, permise, que l'enfant soit en bon état et que l'opérée soit mise dans les conditions nécessaires, il faut aussi que l'opération réalise, dans le plus bref délai, l'indication thérapeutique.

A cet égard, il faudrait que l'accoucheur se trouvât dans les conditions idéales et l'on peut dire nécessaires, bien que rarement réalisées dans la pratique extra-hospitalière *et même hospitalière*, c'est-à-dire qu'il eût toujours à sa disposition un matériel aseptique toujours prêt.

Les opinions de Lepage et de Potocki sont sensiblement les mêmes que celles de Couvelaire.

Lepage, en effet, a eu l'occasion de pratiquer, le 28 avril 1909, une césarienne pour procubitus du cordon. Ce qui l'a engagé à intervenir par la voie haute, c'est qu'il s'agissait d'une primipare de 35 ans, que l'on avait tenté sur elle des applications de forceps infructueuses et qu'au cours de ces tentatives il s'était produit une procidence du cordon, ce qui rendait quelque peu aléatoire, pour le fœtus, l'extraction par les voies naturelles, même après la symphyséotomie.

A noter que les suites opératoires furent des plus simples et presque complètement apyrétiques, sauf pendant les 24 heures qui ont suivi l'opération pratiquée chez une femme qui était quelque peu surmenée

par un travail un peu prolongé. L'observation de cette femme est rapportée plus loin.

Potocki (1), dans le cas de procidence du cordon, lorsque la dilatation est complète, conseille d'avoir recours au forceps ou à la version, quoique bien des enfants y succombent encore. Mais les dangers de l'enfant sont alors très considérables lorsque la procidence se produit avant que le col soit complètement dilaté.

On cherche évidemment à réduire cette procidence, mais on n'obtient de résultats que si les doigts peuvent traverser l'orifice utérin et reporter le funicule bien au-dessus de la présentation, ce qui est presque toujours impossible.

En théorie, l'introduction du ballon de Champetier peut réaliser des conditions suffisantes, car, en appliquant celui-ci contre les parois du segment inférieur et du col, on empêche la chute du cordon au dehors. Mais la tige funiculaire est toujours comprimée entre la tête et le bassin, ou entre la tête et le ballon lui-même, quelquefois même entre le ballon et la paroi utérine. Aussi, ce procédé donne-t-il une proportion de décès d'enfants considérable.

Dans ces conditions, Potocki est d'avis qu'il ne serait pas illogique de songer à la césarienne, surtout au début du travail, moment où l'enfant court le maximum de dangers. Mais il fait cette réserve que c'est surtout à l'hôpital, et très peu dans la clientèle ci-

(1) Bull. de Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pædiatrie de Paris, séance du 12 octobre 1908.

vile, que cette opération pourra être pratiquée, car, à l'hôpital seulement, tout est disposé pour les interventions d'urgence.

Nous devons nous demander si le devoir de l'accoucheur est d'intervenir de sa propre volonté, sans le consentement de la femme ou de son mari, et même malgré l'opposition des deux procréateurs.

Un jugement récent a été rendu qui dit que toute femme a le droit de se faire opérer, de sa propre volonté, et sans l'autorisation du mari qui pourrait avoir intérêt à lui refuser une intervention devant lui sauver la vie. Par contre, il est regrettable qu'il n'existe pas un jugement dominant pleine et entière liberté à l'accoucheur. Celui-ci, en butte à des difficultés professionnelles souvent grandes, a encore à lutter avec sa cliente ou l'entourage de celle-ci, sur le point de savoir si telle ou telle opération est indiquée ou non.

Potocki est d'avis de réserver l'intervention par voie haute aux femmes qui expriment le désir d'avoir un enfant vivant. Lepage, bien que plus éclectique, n'est pas loin de partager les mêmes idées. Tel n'est point l'avis de notre maître Pinard, qui estime que nous ne devons pas obéir à une femme dont la mentalité, du reste, est souvent atteinte de par son état pathologique lui-même. Le praticien ne dépend que de sa science et de sa conscience. Si l'opération est indiquée, il la pratiquera, quelle que soit l'opinion de la parturiente; si elle n'est pas indiquée, il s'abstiendra, malgré les désirs plus ou moins formels de la femme ou du mari.

« Le médecin, duquel on exige tous les devoirs, dit-il, toutes les qualités morales et professionnelles, doit bien aussi avoir quelques droits. »

Il ne relève que de lui-même et de ses pairs.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous ne ferons pas la technique complète de l'opération césarienne conservatrice dont les divers temps se trouvent exposés tout au long dans tous les traités d'obstétrique. Nous n'aborderons ici que quelques points qui nous paraissent intéressants et qui sont de pratique courante dans le service du professeur Pinard (1).

Chez les opérées de la Clinique Baudelocque, l'utérus est ouvert après avoir été sorti de la cavité abdominale. Nous insistons sur la méthode d'extériorisation utérine primitive, car elle est en opposition directe avec celle de beaucoup d'accoucheurs, qui pratiquent l'incision *in situ*. L'extériorisation utérine primitive nous semble beaucoup plus conforme aux principes chirurgicaux, car elle assure une asepsie beaucoup plus parfaite.

Il ne suffit pas, en effet, pour assurer une bonne protection de la cavité abdominale, d'insinuer des compresses entre la cavité abdominale et l'utérus ouvert. Celui-ci, après l'extraction de l'œuf, se rétracte, ses dimensions deviennent beaucoup moindres; il laisse

(1) Mouchotte, Comptes Rendus de la Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pædiatrie. de Paris, novembre 1908.

alors s'écouler du sang et le résidu du liquide amniotique. Il faut alors basculer la matrice hors de l'abdomen, pour la comprimer au niveau de son isthme et la suturer; la main, qui s'est souillée au contact de l'œuf, s'insinue derrière l'utérus afin de l'énucléer; elle est en contact direct avec les anses intestinales. Si la poche des eaux est ouverte depuis un certain temps, l'inconvénient peut être grave.

Cette énucléation étant nécessaire, mieux vaut donc la pratiquer avant tout, puisqu'en agissant ainsi, on a le maximum de sécurité.

Les adversaires de ce procédé incriminent la nécessité d'une plus grande incision de la paroi abdominale; mais ces grandes incisions, si elles sont contraires à l'esthétique, ont, du moins, l'avantage plus sérieux de permettre une saine chirurgie.

Il faut toujours opérer avec des gants et en changer après avoir évacué l'utérus.

Les incisions utérines, médianes et verticales, commencent en bas, au-dessus du segment inférieur.

Lorsque le placenta s'insère, partiellement ou totalement, sur la face antérieure de l'utérus, il ne faut pas inciser sa masse et plonger le bistouri dans l'œuf. Mieux vaut donner quelques coups de bistouri « en archet », et arriver au plan de clivage intermédiaire entre les surfaces utérine et placentaire. — Par l'orifice ainsi formé, on insinue l'index gauche, qui achève de décoller le placenta, pendant que les ciseaux, tenus de la main droite, suivent l'index qui clive de bas en haut et achèvent la section de l'utérus. On pénètre

alors très facilement dans l'œuf en haut, au-dessus du bord supérieur du placenta, par un orifice pratiqué dans les membranes. On extrait le fœtus par cet orifice; on décolle très aisément le placenta et on l'enlève.

On décolle ensuite les membranes et on nettoie la cavité utérine à la compresse stérilisée. Cette manœuvre n'offre aucune difficulté, sauf dans le cas d'endométrite, où la caduque est adhérente à l'utérus, et où le placenta est châteaubriand, affectant le type décrit par Pinard comme caractéristique de l'endométrite.

Il n'est pas nécessaire de laisser à demeure, pendant 48 heures, de mèche stérilisée dans la cavité utérine. On enlève la mèche utérine par le vagin, aussitôt le pansement achevé.

On peut, pour le simple drainage, mettre une mèche utéro-vaginale.

Mouchotte, à qui nous empruntons ces différents points de technique, fait des sutures utérines classiques: fils de catgut séparés, traversant toute l'épaisseur des tranches musculaires, puis surjet musculo-séreux au catgut. « Mais, nous dit-il (1), nous avons pris soin de passer les fils séparés à 2 centimètres au moins de chaque côté de la ligne d'incision, afin de comprendre dans l'anse nouée une plus grosse masse de tissu utérin; d'écraser davantage l'une contre l'autre les surfaces cruentées des deux tranches de section, d'affronter, en fin de compte, des tranches mus-

(1) Comptes rendus de la Soc. d'Obst., Gynéc. et Pœdiatrie de Paris, novembre 1908.

culaires rendues artificiellement plus épaisses. Si la précaution fut inutile dans 2 cas, où la paroi de l'utérus avait une épaisseur considérable (3 cm. et 4 cm.), elle fut utile, croyons-nous, dans plusieurs cas, notamment dans un cas où il existait une malformation utérine et où la paroi musculaire était d'une grande minceur.

« Nous avons pris soin également de faire le surjet musculo-séreux très profond.

« Nous avons systématiquement pratiqué le drainage abdominal. En matière de césarienne conservatrice, il est toujours utile et souvent nécessaire.

« L'impression qui nous reste de cette pratique est que la césarienne conservatrice est une intervention simple, d'exécution facile, une opération méthodique, bien réglée dans ses temps, ne comportant qu'un minimum d'imprévu et d'aléa.

« C'est, en réalité, une opération qui s'exécute en quatre gestes, comme elle se définit en quatre mots : deux incisions, deux sutures. »

OBSERVATION I (*Résumée*) (1)

COUVELAIRE

Femme de 34 ans, primipare, a marché à 3 ans ; rachitisme discret, promontoire élevé à 11 centimètres du sous-pubis.

(1) Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, tome XI, janvier 1909.

Dernières règles : 29 février 1908.

Entre à la Maternité de Saint-Louis le 4 décembre.
Hauteur de l'utérus : 40 centimètres, gros enfant, léger excès de liquide, tête au-dessus du détroit supérieur, dos à droite, bruits du cœur normaux.

Début du travail, le 6 décembre au matin ; contractions faibles et irrégulières pendant 24 heures.

Le 7, au matin, col ouvert dilatable comme 2 francs ; une longue anse de cordon engainée de membranes flasques pend dans le vagin ; battements irréguliers ; le doigt revient tapissé de glaires verdâtres.

Tentatives infructueuses de réduction.

Bruits du cœur absolument normaux.

En raison de l'irrédutibilité du cordon et de sa compression évidente, je décide de pratiquer une opération césarienne immédiatement. Au moment d'inciser la paroi abdominale, rupture spontanée des membranes, liquide vert.

Opération césarienne avec l'assistance de mon interne, M. Guillaume : durée, 30 minutes ; extériorisation de l'utérus, incision médiane antérieure, extraction d'un enfant vivant de 4 kg. 020 (Bipariétal, 9 centimètres) ayant rendu son méconium ; désobstruction de ses voies respiratoires, extraction d'un placenta de 670 gr. Injection sous-cutanée d'ergotine, suture de la paroi utérine au catgut n° 3, à points séparés, points intermédiaires superficiels pour parfaire l'affrontement, drainage sus-pubien, suture en un plan à la soie de la paroi abdominale, crins superficiels.

Suites opératoires simples. Après une ascension à 38°8, le soir du deuxième jour, température et pouls normaux à partir du quatrième jour. Le drain est retiré au bout de 48 heures, les fils sont enlevés le dixième jour.

La mère se lève le vingt-et-unième jour et quitte la Maternité le vingt-sixième, allaitant son enfant en s'aidant de lait de vache.

OBSERVATION II (*Résumée*) (1)

COUVELAIRE

Femme de 28 ans, rachitique: bassin plat, promontoire peu élevé à 9 cent. 7 du sous-pubis.

Premier accouchement, le 28 juin 1907, à huit mois et demi environ. Amenée à la Maternité de Saint-Louis après 34 heures de travail; l'enfant était mort; une basiotripsie laborieuse fut pratiquée par M. Potocki.

Deuxième grossesse; dernières règles le 1^{er} septembre 1907. Entrée à la Maternité de St-Louis le 3 juin 1908, à 6 heures du matin; en travail depuis 2 heures du matin; fond de l'utérus à 36 centimètres au-dessus du pubis, tête au-dessus du détroit supérieur tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche; bruits du cœur normaux.

A 10 heures, dilatation d'une petite paume, poche des eaux volumineuse remplissant le bassin; rupture ar-

(1) Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, tome XI, janvier 1909.

tificielle de la poche en prenant les précautions d'usage; procidence du cordon, réduction immédiate, facile; la tête fœtale se fixe au détroit supérieur, elle déborde notablement, n'a aucune tendance à plonger dans l'excavation; la suture sagittale reste rétro-pubienne. En dépit des contractions subintrantes, la situation de la tête reste la même, le col partiellement revenu sur lui-même pend au-devant de la tête.

Dans ces conditions, je décide de pratiquer la section césarienne (11 h. 15). A 11 h. 30, début de l'intervention avec l'assistance de mon interne, M. Lévy. Durée, 30 minutes. Extériorisation de l'utérus, incision médiane antérieure; extraction d'un enfant de 3.150 grammes (bipariétal 9) et d'un placenta de 550 grammes, injection sous-cutanée d'ergotine, suture au catgut n° 3, points séparés comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine, points séro-musculaires pour parfaire l'affrontement; drainage sus-pubien; surjet péritonéal et suture musculaire au catgut, suture cutanée au crin de Florence.

L'enfant, allaité par sa mère, pesait, le 29 juillet, 4 kgr. 250.

Suites opératoires: Le drain est retiré au bout de 48 heures, les fils le neuvième jour; le douzième jour, légère ascension thermique, température oscillant entre 37 et 38°; pouls entre 100 et 120, léger œdème du membre inférieur droit, phlébite, immobilisation.

Le 19 juillet, lever; le 25 juillet, sortie de la Maternité.

OBSERVATION III (1)

LEPAGE

Le 27 avril 1909, à 3 heures du matin, se présente, à la Maternité de Boucicaut, une femme primipare, âgée de 35 ans, ayant des douleurs et ayant perdu, dit-elle, les eaux le 24 avril.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier; cependant, elle déclare n'avoir marché que tardivement. Elle a été réglée à l'âge de 16 ans. Les dernières règles ont eu lieu du 4 au 6 juillet.

A son arrivée, on constate: présentation de l'extrémité céphalique, tête engagée, dos à gauche; hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse, 40 centimètres, le col est en voie d'effacement.

27 avril. — A 8 heures du matin, dilatation de 50 centimes, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur; la femme continue à souffrir pendant toute la journée.

28 avril. — A 9 heures du matin, la dilatation est de 5 francs. Poche des eaux intacte: il s'agit d'une poche des eaux secondaire, car, la veille, on avait nettement constaté que les membranes étaient rompues. La tête est élevée, mais semble amorcée au détroit supérieur. La tête ne semble pas déborder la symphyse pubienne. La suture sagittale est à 6 centimètres du sous-pubis. Le promontoire est difficilement accessible, à 11

(1) Bull. de la Soc. d'Obstét., de Gynécologie et de Pœdiatrie, juin 1909.

centimètres. A midi, la poche des eaux s'est rompue spontanément. Dilatation d'une petite paume de main. Liquide jaune verdâtre. A 3 heures, M. Pottet constate que la suture sagittale est à 7 centimètres du pubis. Il existe une petite bosse séro-sanguine et du chevauchement des pariétaux.

T. R. 37°5. P. 84.

La femme est très fatiguée par plusieurs nuits d'insomnie; elle réclame avec instance « qu'on lui ouvre le ventre » et déclare désirer un enfant vivant.

A 6 heures du soir, M. Lepage examine à nouveau la femme: les bruits du cœur fœtal sont moins bons. Il décide l'examen sous chloroforme. Il constate que l'angle sacro-vertébral est élevé, difficilement accessible. Il lui semble, ainsi qu'à Mme Chineau, qu'une application de forceps pourra entraîner la tête; une première application en prise régulière est faite, mais la traction n'entraîne pas la tête fœtale; il existe un certain degré de déflexion de la tête.

Désireux de faire une prise plus rapprochée de l'occiput, M. Lepage désarticule l'instrument et fait une seconde prise qui n'entraîne pas davantage la tête du fœtus. — Il se produit, à ce moment, un procubitus du cordon que l'on peut amener à la vulve. En raison de cet incident, M. Lepage renonce à l'idée de pratiquer une symphyséotomie et décide de recourir à l'opération césarienne.

Avant d'intervenir, on pratique le cathétérisme, qui donne issue à de l'urine sanguinolente, — ce qui est

dû probablement au travail prolongé et peut-être aux deux applications de forceps.

Incision de la paroi abdominale, qui est un peu grasse. L'utérus est sorti de la cavité abdominale, il est très congestionné; le placenta est situé en avant. Il existe une déchirure transversale du péritoine au niveau de la face antérieure du segment inférieur: elle est probablement due à la constriction manuelle exercée par l'aide sur le pédicule utérin. La suture en est faite avec du catgut fin.

L'hémorragie a été minime au cours de l'opération.

La paroi utérine mesure environ 1 centim. 1/2.

Drainage du cul-de-sac antérieur avec un gros drain.

Extraction facile d'un garçon pesant 3 kgr.500, bi-pariétal 8,5; bi-temporal 8. On note un chevauchement assez marqué des pariétaux et un peu d'aplatissement transversal de la tête. L'enfant est tout barbouillé de méconium; il ne crie que 3 minutes après sa naissance.

Extraction du placenta; gaze introduite dans la cavité utérine. Deux piqûres d'ergotine faites: l'une, avant l'intervention; l'autre, au cours de l'intervention.

Suture à la soie; les points profonds ne pénètrent pas dans la muqueuse, quelques points superficiels. La paroi abdominale est fermée par trois plans de sutures, deux surjets au catgut pour le péritoine et le plan musculo-aponévrotique. Suture à la soie pour la peau; sérum artificiel, 500 grammes. Une piqûre de morphine dans la soirée.

Le 30 avril. — Sérum de Roux, 80 centimètres cu-

bes. L'état général est bon. Une miction spontanée. La femme se plaint d'un léger point de côté sous le mamelon droit; rien à l'auscultation. Pas de vomissements. — On retire par le drain une cuiller à soupe de sang noirâtre.

T. m. 39°8. T. s. 38°. P. m. 130. P. s. 120.

1^{er} mai. — La plaie est en bon état, sauf au niveau du drain; il existe un peu de suintement. Légère rougeur au niveau des deux points supérieurs.

5 mai. — On enlève quelques fils de la suture. Légère suppuration au niveau du trajet du drain. Les jours suivants, on fait des pansements au niveau de la partie inférieure de la cicatrice pour faire bourgeonner l'orifice de pénétration du drain.

La température est absolument normale à partir du 1^{er} mai.

La malade quitte le service en bon état, le 20 mai, allaitant son enfant qui pèse 4 kgr.

OBSERVATION IV (1)

HELLIER

Il s'agit d'une femme de 23 ans, secondipare, dont le premier accouchement avait été terminé par craniotomie.

Bassin plat, petit, rachitique.

L'opération fut pratiquée une dizaine d'heures après

(1) *British méd. J.* Novembre 1901, p. 1340.

la rupture des membranes, quelques heures après le début du travail. On avait constaté que le cordon de l'enfant prolabaït et qu'il y avait du méconium dans le vagin.

Opération. — La paroi abdominale, mince, fut incisée avec soin. L'utérus fut ouvert sur la ligne médiane, incision de 11 centimètres environ. L'enfant fut extrait sans trop de difficulté. A ce moment, la compression digitale suffit pour réprimer l'hémorragie. Le placenta, inséré en arrière, fut extrait assez aisément. Mais, à ce niveau, l'hémorragie fut assez difficile à maîtriser. On plaça un lien élastique sur le col et l'utérus fut attiré en haut et en avant. On pratiqua la suture de l'ouverture utérine au moyen de 10 sutures profondes à la soie, passant tout près de la muqueuse, et de sutures superficielles intermédiaires. Avant de serrer la dernière, comme l'utérus était flasque, on le lava avec de l'eau chaude à 46°.

Le lien élastique enlevé et l'utérus vidé ayant été comprimé, il ne se produisit plus qu'une faible hémorragie. A l'aide d'une suture continue au catgut, les lames péritonéales furent suturées au-dessus de la série des fils de soie, ceux-ci devenant, de ce fait, enfouis. Avant de replacer l'utérus dans le ventre, on arrosa sa surface avec de l'eau boriquée chaude, ce qui accentua notablement la contraction utérine. Fermeture de la paroi abdominale; l'enfant, un garçon bien développé, ne put être ranimé, quoi qu'on fit. Pour la mère, les suites de couches furent aussi heureuses que possible.

OBSERVATION V (1)

MOUCHOTTE

L. L. 20 ans, I pare.

D. R. : 24-28 septembre. Entrée à la Clinique Baudelocque le 4 juin. Présentation du siège. Version externe. Début du travail le 13 juillet, à 3 heures du matin. Présentation de l'extrémité céphalique. La tête débordé modérément. Pr. S. P. : 9 cent. 8

On attend la dilatation complète pour pratiquer une symphyséotomie; mais, à 2 heures de l'après-midi, le col étant ouvert comme 1 franc, le cordon fait procidence dans la poche des eaux, au-dessous de la tête haut située; puis les bruits du cœur fœtal atteignent 170. A 3 heures, une opération césarienne conservatrice est pratiquée. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.450 grammes.

Particularités. — Placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus, clivé, puis récliné avec le doigt.

Liquide amniotique vert.

Température: une fois 38°6, le deuxième jour, avec pouls maximum à 116.

Mère et enfant quittent le service en bon état.

(1) Comptes Rendus de la Soc. d'Obstét., de Gynéc. et de Pædiatrie de Paris, 9 novembre 1908.

CONCLUSIONS

La conduite à tenir en cas de procidence du cordon peut, dans ses grandes lignes, se résumer de la façon suivante :

— Avant la dilatation complète, chercher à réduire la procidence.

— Après la dilatation complète, extraire l'enfant le plus rapidement possible.

Malheureusement, d'une part, la réduction du cordon n'est pas toujours possible et, de l'autre, l'extraction de l'enfant peut être parfois (existence de cicatrices, bassins viciés, etc.) particulièrement longue et laborieuse.

C'est pour ces cas qu'on peut se demander si, à l'heure actuelle, *l'opération césarienne*, pratiquée dans des conditions qui feraient courir à la mère le minimum de risques, ne serait pas indiquée pour sauver la vie de l'enfant.

Vu : le Président de thèse,

PINARD.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Bertier.** — De la dystocie liée au cordon. In *Gazette des Hôpitaux*, Juin 1909.
- Cazeaux et Tarnier.** — *Traité des accouchements*. Paris 1880.
- Collins.** — *A practical treatise of midwifery*. Londres 1830.
- Couvelaire.** — Procédures du cordon et viciations pelviennes. Indications de l'opération césarienne. In *Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*. Janvier, 1909.
- Gallot.** — Thèse de Paris, 1905.
- Gibory.** — Thèse de Paris, 1897.
- Hellier.** — *British med. J.* Novembre 1901, p. 1340.
- Lachapelle (Mme).** — *Pratique des accouchements*, tome III, 9^e mémoire, 1825.
- Lepage.** — Opération césarienne tardive pour procubitus du cordon chez une primipare âgée. In *Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*. Juin 1909.
- Mauriceau.** — *Traité des maladies des femmes grosses*, tome II, 1721.
- Michaelis.** — *Clinique de Kiel*, 1833.
- Mouchotte.** — Douze cas d'opération césarienne. In *Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*. 9 novembre 1908.
- Perrossier.** — Thèse de Paris, 1900.
- Pinard.** — *Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, séance du 12 octobre 1908.
- Potocki.** — Procidence du cordon et opération césarienne. In *Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*. Février-Mars 1909.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.** — *Précis d'Obstétrique*.
- Tarnier.** — *Revue pratique d'Obstétrique et d'hygiène de l'enfance*. III, p. 321-343; IV, p. 1 et 45, 1890-1891.
- Tarnier.** — *Diction. de méd. et de chirurg. prat.*, article cordon, tome IX, 1869.

